

VF-01. USO DE NUEVO SISTEMA DE TRACCIÓN FLEX-LIFTER PARA FACILITAR LA DISECCIÓN ENDOSCÓPICA EN COLON

Rosón Rodríguez PJ, Fernandez Cano F, Paris Garcia A, Romero Ordoñez MA, Calle Calle J, Palma Verduquez Y

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA, BENALMÁDENA.

Introducción

La disección endoscópica submucosa es una técnica que permite resear en bloque lesiones neoplásicas del tubo digestivo, con menos tasas de recidiva y un mejor estudio histológico, que las técnicas de mucosectomía clásica.

Caso clínico

No obstante en muchas ocasiones el lograr un acceso fácil a la submucosa o mantenerlo, para realizar la fase de disección es difícil, sobre todo cuando las lesiones asocian cierto grado de fibrosis en la submucosa, lo que estrecha el espacio submucoso y hace difícil trabajar en el.

Los endoscopistas no contamos con la ayuda de un segundo operador que pueda traccionar de la pieza (como hacen los cirujanos) y hemos tenido que recurrir a múltiples técnicas de tracción interna y externa, para mimetizar lo que hacen los cirujanos y facilitar nuestra técnica.

Se han descrito múltiples sistemas de tracción diferentes, y se ha publicado en múltiples artículos que su uso acorta los tiempos de realización de la disección, aumenta el porcentaje de resección en bloque y disminuye las complicaciones.

La búsqueda del sistema de tracción perfecto sigue y recientemente varias casas comerciales están apostando por sistemas articulados y por fuera del canal de trabajo que permitan reposicionar la tracción y mover el sistema dentro del colon.

El sistema Flexlifter consta de una pinza atraumática montada en un capuchón que se coloca en la punta del endoscopio y permite adaptar la tracción a la necesidad. La pinza una vez cogido el Flap se queda fija y permite realizar movimientos horizontales con el bisturí, para ir disecando la submucosa.



VF-02. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA MUCOSA COMO ALTERNATIVA DEFINITIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ANGIODISPLASIAS COLÓNICAS.

Roson PJ, Paris A, Gonzalo J, Fernandez FM, Palma Y, Verdejo C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA, BENALMÁDENA.

Introducción

Las angiodisplasias digestivas son responsables de alrededor del 10% de las hemorragias digestivas bajas. Son frecuentes en poblaciones de edad avanzada con antecedentes de enfermedad cardíaca o tratamiento anticoagulantes medicamento.

Caso clínico

Se han descrito múltiples modalidades endoscópicas para el tratamiento de la angiodisplasia colónica. El más método más utilizado es la coagulación con plasma de argón (APC), pero también se ha publicado la coagulación bipolar o con sonda térmica, los clips endoscópicos y la escleroterapia.

El APC es simple de usar y ampliamente aceptada pero no está exento de complicaciones con una tasa de perforación del 1%, y de resangrado postratamiento de hasta el 34%

Ya sabemos que la Vascularización del colon presenta forma de “árbol”, con un tronco en la muscular que se ramifica hacia la mucosa, pues bien, todas estas terapias endoscópicas existentes tienen como objetivo la expresión mucosa (copa) de la lesión vascular subyacente (tronco), que es imposible tratar con APC ya que este solo trata superficialmente. Además el APC induce con frecuencia sangrado inmediato y formación de coágulos, lo que reduce su eficacia y conduce a una alta tasa de resangrado.

Por último, el coste del procedimiento no es despreciable y con mucha frecuencia se requieren tratamientos múltiples

Discusión

Presentamos la resección endoscópica de la mucosa (RME) como alternativa barata y rápida para el tratamiento de las angiodisplasias colónica.

Se realiza una mucosectomía clásica con suero fisiológico para exponer el vaso nutricional, y finalmente se coagula el mismo con la punta del asa. Se puede cerrar el defecto con clips para más seguridad.



VF-03. RESECCIÓN "FULL-THICKNESS" MEDIANTE FTRD COMO TRATAMIENTO DE LESIONES COLÓNICAS PT1.

Lecuona Muñoz M, López De Hierro Ruiz M, Martínez Cara JG, Redondo Cerezo E, Heredia Carrasco C

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

En la última década se han desarrollado técnicas que permiten el tratamiento de lesiones no abordables mediante terapias endoscópicas convencionales. En el presente caso clínico se describe la resección "full-thickness" asistida por dispositivo de una lesión colónica NICE 3 con extensión submucosa.

Caso clínico

Paciente de 80 años que presenta en las proximidades de la válvula ileocecal una lesión polipoidea plana y deprimida de 12 mm, tipo 0-IIa + IIc.

Para su abordaje, se realiza un marcaje circunferencial mediante coagulación con argón plasma (APC). Posteriormente, se procede a la resección transmural de la lesión empleando un dispositivo Full Thickness (FTRD). Finalmente se revisa la zona comprobando resección completa de la lesión e identificando área sugerente de

microperforación que se trata mediante clips, quedando estable.

El estudio histológico confirmó que se trataba de un adenocarcinoma intestinal con infiltración submucosa (SM1 de Kikuchi), sin invasión linfovascular ni perineural, y márgenes de resección libres (pT1 N0 M0).

Discusión

La resección endoscópica transmural mediante FTRD permite el tratamiento mínimamente invasivo de lesiones colorrectales, evitando el abordaje quirúrgico. Entre las complicaciones asociadas destacan el sangrado y la perforación, con una frecuencia del 3% y 5% respectivamente. Su eficacia es variable en los diferentes artículos publicados, con una tasa de éxito técnico que oscila entre el 80 y el 88%. Son necesarios más estudios que permitan conocer sus indicaciones y limitaciones, para sistematizar esta técnica en la práctica clínica habitual.



VF-04. UTILIDAD DE LA COLANGIOSCOPIA DIRECTA EN LAS ESTENOSIS BILIARES INDETERMINADAS

Viejo Almanzor A, Ramírez Raposo R, Bernal Torres A, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Las estenosis biliares pueden suponer un reto diagnóstico. La colangioscopia directa con Spyglass-DS permite una visión directa de la vía biliar, así como la toma de biopsias en los casos en los que no es posible establecer un diagnóstico de certeza por otras técnicas.

Caso clínico

Varón de 83 años que ingresa en su hospital de referencia por ictericia indolora con dilatación de vías biliares y

colecistitis por ecografía. En colangiRMN se identificó una imagen compatible con de coledocolitiasis como causa y se realizó una CPRE donde se identificaba en el colangiograma una ausencia de señal a nivel del hepatocolédoco siendo sugestivo de neoplasia y no de litiasis. Se realizó una citología y se colocó una prótesis biliar plástica. Dicha citología resultó negativa para malignidad.

Ante sospecha de colangiocarcinoma perihiliar es derivado a nuestro centro para valoración quirúrgica. Dada la discordancia entre la colangiRMN y la CPRE, se decidió realizar colangioscopia directa en la que se apreciaba a nivel de hepático común una zona de mucosa nodular, excrecente, friable y con neovascularización, compatible con neoplasia biliar, próxima a la confluencia, sin afectarla compatible con colangiocarcinoma perihiliar tipo I de la clasificación de Bismuth-Corlette. Se tomaron biopsias dirigidas demostrando displasia epitelial.

Se completó el estudio con TC dinámico de hígado y de tórax, que demostró un engrosamiento mural de un segmento corto del conducto hepático común a nivel del hilio hepático, sugestivo de colangiocarcinoma, sin enfermedad a distancia.

Se realiza tratamiento quirúrgico mediante escisión de la vía principal y reconstrucción mediante hepático-yeyunostomía con buena evolución. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue informada como colangiocarcinoma bien diferenciado de colédoco proximal y hepático común, y 2 adenopatías locorregionales metastásicas.



Discusión

La colangioscopia directa permite una mejor caracterización de las estenosis biliares frente a la CPRE con citología clásica (sensibilidad 40%) y a la biopsia intraductal a ciegas (sensibilidad 45%), permitiendo la toma de biopsias dirigidas (sensibilidad >57%) así como la visualización directa de la mucosa biliar. La presencia de vasos tortuosos y dilatados es el principal hallazgo que sugiere malignidad. Su visualización en una estenosis es

diagnóstica con sensibilidad >95% y especificidad >93%, permitiendo además definir la extensión endoluminal de la neoplasia.

VF-05. POLIPECTOMÍA ISQUÉMICA ("LOOP-AND-LET-GO") DE HAMARTOMAS DUODENALES PEDICULADOS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PETZ-JEGHERS

García Ortiz JM, Sendra Fernández C, Rosell Martí C

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA.

Introducción

El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad de herencia autosómica dominante que se caracteriza por el desarrollo de múltiples pólipos hamartomatosos en todo el tracto gastrointestinal, frecuentemente en el intestino delgado. El tratamiento endoscópico de estos pólipos permite prevenir la aparición de complicaciones como la obstrucción intestinal. La resección endoscópica mucosa (RME) convencional es una técnica efectiva pero no siempre es posible, y presenta un riesgo significativo de hemorragia y perforación. La polipectomía isquémica consiste en el estrangulamiento de la base del pólipo mediante el uso de lazos o clips, provocando la amputación de la lesión por cese de flujo sanguíneo.

Caso clínico

Mujer de 56 años con SPJ y antecedente de laparotomía por obstrucción de intestino delgado causada por hamartoma yeyunal. Como parte de su vigilancia se realiza endoscopia digestiva alta identificándose en segunda y tercera porción duodenal 4 pólipos pediculados de entre 15 y 35 mm de diámetro.

Se realiza polipectomía isquémica mediante colocación de lazo hemostático en todos los pólipos (técnica "loop-and-let-go"), sin complicaciones, comprobándose mediante revisión endoscópica secuencial el éxito de la técnica, con la desaparición de todas las lesiones tratadas.

Discusión

La polipectomía isquémica se postula como una alternativa factible y útil a la RME convencional dado que parece presentar un perfil de seguridad más favorable. Principalmente, reduce el riesgo de hemorragia asociado a la resección y, al no causar daño térmico al margen de resección del tejido, previene la perforación intestinal entre otras complicaciones. Como principal inconveniente, no permite la recuperación de las lesiones resecaadas y su posterior análisis histológico. En el caso presentado, la técnica permitió resolver de forma segura y efectiva el problema clínico y evitar medidas más peligrosas o invasivas.

